

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 32

DE LA
CHOLECYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE
DANS
L'OPÉRATION DE KEHR

ÉTUDE DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE ET AVANTAGES DU PROCÉDÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges SCHANGEL

Né le 23 Février 1885, à Lunéville (Meurthe-et-Moselle),

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 32

DE LA
CHOLECYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE
DANS
L'OPÉRATION DE KEHR

ÉTUDE DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE ET AVANTAGES DU PROCÉDÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges SCHANGEL

Né le 23 Février 1885, à Lunéville (Meurthe-et-Moselle),
Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LEPINE
	TEISSIER
Cliniques chirurgicales	BARD
	PONCET
Clinique obstétricale et Accouchements	JABOULAY
Clinique ophtalmologique	FABRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	ROLLET
Clinique des maladies mentales	NICOLAS
Clinique des maladies des enfants	PIERRET
Clinique des maladies des femmes	WEILL
Physique médicale	POLLOSSON (A.)
Chimie médicale et pharmaceutique	X...
Chimie organique et Toxicologie	HUGOUNENQ
Matière médicale et Botanique	CAZENEUVE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BEAUVISAGE
Anatomie	GUIART
Anatomie générale et Histologie	TESTUT
Physiologie	RENAUT
Pathologie interne	MORAT
Pathologie et Thérapeutique générales	ROQUE
Anatomie pathologique	COLLET
Médecine opératoire	PAVIOT
Médecine expérimentale et comparée	POLLOSSON (M.)
Médecine légale	ARLOING
Hygiène	LACASSAGNE
Thérapeutique	COURMONT (J.)
Pharmacologie	PIC
	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,

CHARGÉS DE COUR COMPLÉMENTAIRE

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET.	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	PATEL	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	J. LEPINE	VORON
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	NOGIER
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	MOUNEYRAT
CHATIN	MOREL	CAVAILLON	LATARGET, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE		BÉRIEL, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (M.), *Président*; VILLARD, *Assesseur*;

MM. TIXIER, et LATARJET, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*Faible témoignage de ma reconnaissance
pour toute une vie d'abnégation et de
dévouement.*

A MA MÈRE

*La plus aimable et la plus aimée des
mères; trop faible gage de ma profonde
affection.*

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

Le Docteur BUBENDORF

*En souvenir de l'intérêt si affectueux
qu'il me témoigna toujours.*

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

Que j'unis dans une égale affection.

A MON AMI

Le Docteur BRESSOT

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. POLLOSSON

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Lyon,
Ex-Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu.

*Il nous fait aujourd'hui le grand honneur
de présider notre thèse. Nous lui ex-
primons toute notre reconnaissance.*

A mon Maître,

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TIXIER

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon,
Chef des Travaux de Médecine opératoire à la Faculté.

*C'est à lui que revient le meilleur de ce
travail.*

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

C'est avec joie, qu'obéissant à une tradition très heureusement conservée, nous plaçons au début de ce travail l'hommage de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance à M. le professeur agrégé Tixier. Ce fut lui qui nous inspira ce travail et qui nous guida dans nos recherches en mettant à notre disposition et sa science accomplie et son sens clinique si parfait. Toujours il nous accueillit avec une extrême bienveillance : nous en garderons longtemps le souvenir.

Nous avons contracté envers lui une dette de reconnaissance dont ces quelques lignes ne sauraient nous libérer ; puisse-t-il être assuré que nous serons toujours fiers d'avoir été son élève.

Nos remerciements vont aussi au professeur Haasler de Halle-sur-Saale, qui nous a tenu au courant des résultats récents de sa technique ; qu'il daigne croire à toute notre gratitude.

Nous tenons aussi à remercier MM. les médecins-majors Martin, major de l'Ecole, et Lafforgue, répétiteur, pour la bienveillance toute particulière qu'ils nous témoignèrent pendant notre séjour à l'Ecole.

Enfin, M. le médecin aide-major Fourcade, de la Garde Républicaine, a droit à toute notre reconnaissance. Sa traduction d'un livre de Kehr, dont il nous communiqua si aimablement et à la dernière heure d'importants passages, nous fut d'un précieux secours.

INTRODUCTION

La rapidité surprenante avec laquelle s'est développée la chirurgie biliaire en l'espace de quelques années, le nombre incalculable d'ouvrages qui ont paru sur les interventions opératoires pratiquées sur les voies biliaires, prouvent quel intérêt les chirurgiens de tous pays ont attaché à la thérapeutique des affections des voies biliaires.

Il y a à peine quelques semaines, le Congrès de la Société internationale de chirurgie de Bruxelles et le Congrès de chirurgie de Paris avaient mis à l'ordre du jour, le premier, la question médico-chirurgicale de la lithiase biliaire ; le second, la chirurgie du canal cholédoque et du canal hépatique.

Les rapports si documentés qui y ont été lus et discutés ne laissent plus aucun doute sur l'état actuel de la question : la technique de la chirurgie biliaire est devenue d'une précision et d'une sûreté qu'il est impossible de méconnaître.

Il est cependant un détail de technique opératoire sur lequel l'attention des chirurgiens n'a peut-être pas été suffisamment fixée. Nous voulons parler de la

cholécystectomie sous-séreuse dans l'opération de Kehr.

Après toutes les communications faites depuis 1903, par notre maître, M. le professeur agrégé Tixier, après la thèse sur la cholécystectomie sous-séreuse qu'il inspira à l'un de nos camarades, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'étudier les applications de la sous-séreuse à l'opération de Kehr.

Telle est la raison d'être de cet essai où nous exposerons les idées défendues par notre maître.

Dans un premier chapitre nous donnerons un aperçu général sur l'opération de Kehr.

Nous relèverons, et cela fera l'objet du second chapitre, quelques inconvénients de la méthode du professeur d'Halberstadt.

Nous exposerons ensuite les avantages de la cholécystectomie sous-séreuse appliquée au « Kehr ».

L'exposé de la technique opératoire à suivre et les opérations que nous avons recueillies feront l'objet des quatrième et cinquième chapitres.

DE LA

CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE

DANS L'OPÉRATION DE KEHR

ÉTUDE DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE ET AVANTAGES DU PROCÉDÉ

CHAPITRE PREMIER

APERÇU GÉNÉRAL SUR L'OPÉRATION DE KEHR

Il suffit de lire le rapport si documenté du professeur Kehr d'Holberstadt au Congrès de Bruxelles, 1908, pour se faire une idée de la valeur considérable de la méthode qui porte son nom. Cholédocotomie combinée à la cholécystectomie et suivie du drainage de l'hépatique, telle est, dans son ensemble, « l'opération de Kehr ». Elle répond à deux indications principales : enlever les calculs et lutter contre l'injection par un drainage approprié.

Sans entrer dans le détail des différents temps de l'opération de Kehr, ce qui nous entraînerait hors des limites que nous nous sommes imposées, il nous semble cependant intéressant d'exposer brièvement la technique du professeur allemand en insistant particu-

lièrement sur un des temps les plus importants de l'acte opératoire : l'hépaticus-drainage.

La préparation du malade (purgation, lavage de l'estomac, diète), sa position sur la table d'opération (gros coussin de sable sous le dos de façon à relever la base du thorax et à rendre plus accessible la face inférieure du foie) ne nous arrêteront pas et nous arrivons à l'incision de la paroi abdominale. Kehr a adopté l'incision en baïonnette particulièrement longue sur la ligne médiane et remontant, s'il est nécessaire, au-dessus de l'appendice xiphoïde. Cette incision donne un très grand jour sur le foie et les voies biliaires accessoires et principales ; partie en effet en haut de la base de l'appendice xiphoïde, elle descend d'abord verticalement sur la ligne médiane jusqu'à mi-chemin de l'ombilic, puis obliquement en dehors à travers le grand droit jusqu'au tiers externe du muscle, et enfin de nouveau verticalement dans le muscle à l'union du tiers externe et des deux tiers internes jusqu'au niveau de l'ombilic.

Le jour obtenu de la sorte est considérable et les manœuvres sur le hile du foie, le cholédoque et l'hépatique sont faciles ; il en est de même pour la vésicule à moins qu'elle ne soit exceptionnellement très en dehors. Une fois l'abdomen ouvert, une question se pose : Doit-on commencer l'opération par la vésicule ou par le cholédoque ?

Ke est d'avis de commencer par le cholédoque ; pour lui, en effet, la cholédocotomie est la chose principale nécessitant le maximum d'efforts.

En outre si la vésicule est très infectée il peut y

avoir danger au début de l'opération d'ouvrir cette vésicule.

La cholédocotomie, suivant la portion du canal qu'elle intéresse, comprend les variétés suivantes : Cholédocotomie sus-pancréatique, cholédocotomie retropancréatique ou transpancréatique et cholédocotomie transduodénale. La cholédocotomie sus-pancréatique est l'opération typique. Kehr la pratique de la façon suivante : Il se place à droite du malade et lui tourne le dos. « J'introduis la main gauche dans la cavité abdominale de telle façon que la paume soit tournée eu l'air, du côté du diaphragme, le petit doigt est médian et le pouce à droite. Avec le pouce et l'index de la main gauche je fixe le calcul dans le cholédoque. Si après l'ablation du calcul, la bile infectée sort du canal il est facile par la pression de ces deux doigts, de comprimer le cholédoque et d'arrêter l'écoulement. Pour extraire le calcul on fait une incision de la séreuse sur la saillie du calcul et sur l'étendue des trois quarts de la hauteur de ce dernier; la séreuse est décollée autour de l'incision, puis on incise la paroi musculieuse et la muqueuse. Une pression légère fait sortir le calcul par l'incision qu'on agrandira au besoin.

« Lorsqu'il existe plusieurs calculs agglomérés on saisit les deux lèvres de l'incision avec une pince de Kœnig, ou l'on place deux fils de soie. On écarte les lèvres de l'incision et on extrait les calculs au moyen de pinces ou de curettes. Avec une incision suffisamment longue on peut, d'habitude, remonter avec des pinces à pansement jusqu'à la bifurcation du canal hépatique; la partie inférieure du cholédoque est

explorée avec un fort hystéromètre. Enfin on introduit l'index du petit doigt dans le cholédoque vers le foie et vers le duodénum; on s'apercevra souvent que l'exploration avec les instruments est un moyen infidèle et imparfait : il est fréquent de découvrir avec le doigt des calculs qui avaient échappé à l'exploration instrumentale » *Tech. d. G.* p. 218. S'il y a des calculs dans la portion rétro-pancréatique du cholédoque il faut les extraire par la cholédocotomie retro-pancréatique en renversant le duodénum et la tête du pancréas sur la gauche; dans la cholédocotomie dite transpancréatique c'est à travers le pancréas qu'on va à la recherche de ces calculs.

Reste enfin la cholédocotomie transduodénale dont la technique se confond avec celle de la cholédocotomie duodénale. Les calculs de la portion duodénale ne sont pas exceptionnels et Kehr nous fait remarquer que dans deux cents cholédocotomies avec hépaticus drainage il a été obligé dans vingt cas d'extraire le calcul par le duodénum. Nous ne pouvons entrer dans le détail des différents temps de cette cholédocotomie, disons seulement que Kehr recommande de pratiquer dans toute cholédocotomie duodénale le « ramonage » du conduit ce qu'il appelle le « cholédocus fege ». Pour ce faire, il introduit par la plaie du duodénum une pince de Kocher qui ressort par l'incision sus duodénale du cholédoque. Cette pince attire dans le canal une lanière de gaze qui frotte contre les parois et ramène tous les calculs restants.

Quand il existe dans l'hépatique des calculs impossibles à refouler dans le cholédoque, ou remontés jusque

vers le hile du foie, Kehr pratique l'hépaticotomie. Ces cas qui se produisent d'ailleurs rarement justifient pleinement le drainage de l'hépatique qui dans les jours suivants facilitera l'issue des calculs que l'exploration n'aurait pas révélés.

La cholédocotomie et, si cela est nécessaire, l'hépatocotomie étant effectuées restent l'ectomie de la vésicule, et l'hépaticus drainage. En ce qui concerne l'ablation de la vésicule Kehr recommande bien d'enlever le cystique en même temps que la vésicule; il insiste également sur la recherche et la ligature isolée de l'actino-cystique ou de ses deux branches. Une ligature insuffisante produit en effet assez fréquemment des hémorragies secondaires d'autant plus graves qu'elles se produisent chez des hépatiques et partant chez des gens qui saignent facilement.

Mais Kehr ne se contente pas de faire la cholécystectomie et la cholédocotomie : il s'est fait une règle de pratiquer l'hépaticus drainage après toute cholédocotomie. Au début il faisait la suture du cholédoque, c'est en avril 1895 que dans un cas de cholécystite avec angiocholite il plaça pour la première fois un drain dans l'hépatique après excision de la vésicule et du cystique. En 1903 il exposa dans un mémoire la technique de l'hépaticus drainage et en 1905 il compléta dans son traité paru à Munich la description donnée deux ans avant. Au deuxième congrès de la Société internationale de chirurgie qui s'est tenu à Bruxelles cette année, Kehr a rappelé la technique et les différentes indications de sa méthode.

Pousser un drain par l'incision du cholédoque jusque

dans l'hépatique et faire un large tamponnement de la plaie opératoire, voilà en deux mots en quoi consiste « l'hépaticus-drainage ». Plutôt que d'oublier des calculs et de ne pouvoir dans la suite vérifier l'état des canaux biliaires, Kehr préfère conserver son foyer opératoire largement ouvert. C'est ainsi qu'il place autour du drain de l'hépatique un tamponnement qu'il recommande de laisser en place pendant une quinzaine de jours.

Quand on enlève ces compresses, on peut, à la condition de soulever avec des écarteurs le foie, l'estomac et le duodénum, on peut dis-je atteindre la brèche du cholédoque. C'est par là que, chaque jour, Kehr pratique des lavages des canaux biliaires et retire du cholédoque à l'aide de sondes et de pinces, des calculs qui ont passé inaperçus lors de l'opération. Kehr estime en effet qu'il est impossible pendant l'opération de la cholédocotomie d'enlever tous les calculs. « Après
« avoir palpé le cholédoque de haut en bas, après
« avoir introduit une sonde ou le doigt dans le
« canal vers le foie et vers le duodénum et fait le cathé-
« térisme rétrograde par la papille, il n'est aucun
« chirurgien qui puisse affirmer qu'il n'a pas laissé de
« calculs, alors même que son exploration aurait duré
« deux heures. » Kehr.

Le tamponnement à la Mikulicz est destiné en outre à assurer un bon drainage de l'espace sous-hépatique en recueillant les liquides de la région et en les amenant au dehors. De la sorte, tout écoulement de bile septique ou tout fragment de calculs également septique ne pourra infecter le péritoine.

D'une façon générale, on ne touche pas au pansement avant le *quatorzième jour* ou du moins, si l'on y touche avant, ce n'est que pour enlever les compresses superficielles qui ont pu être souillées par du sang ou de la bile. Le quatorzième jour Kehr pratique donc le premier pansement et enlève les tampons sous un jet de sérum chaud à 40 degrés. Il fait ensuite des lavages des canaux biliaires et, comme nous l'avons dit plus haut, il introduit dans le cholédoque et dans l'hépatique des sondes et des pinces destinées à ramener les calculs oubliés. Ce n'est pas moins de trois quarts d'heure que nécessite le premier pansement et tous les jours il faut recommencer à sonder et à laver le cholédoque et l'hépatique. Tant que la bile reste trouble ou contient des amas de substances mollasses, c'est que l'infection persiste ou qu'il reste quelque part un calcul inattainable et Kehr ne laisse pas la plaie se fermer avant d'être sûr qu'il ne reste plus de calculs et que l'infection est éteinte. ♣

Après le quatorzième jour, à chaque pansement, la gigantesque plaie se ferme progressivement. Kehr, en effet, en rapproche chaque jour les bords par des bandelettes agglutinatives; il reste un trajet fistuleux pour le passage de la sonde. La fistule se ferme en cinq à six semaines,

Au Congrès de Bruxelles de cette année, Kehr a rapporté les résultats de sa pratique. Jusqu'à la fin de 1907 il a fait 303 cholécystectomies qui ont donné un total de 11 morts, soit une proportion de 3,6 pour 100; 293 cholécystectomies suivies de 12 morts, soit 4,1 pour 100. Kehr fait remarquer que, parmi ces

cas, il en est où croyant à des calculs, on ne découvre que des adhérences ou de la cholécystite ou de l'angiocholite, ou des altérations du pancréas sans calculs. Il rapporte alors une statistique ne portant que sur les cas où l'on trouva des calculs. C'est ainsi qu'il fit, en l'espace de deux années, 238 opérations pour calculs, lésion combinée. Il se produisit 7 morts, soit donc une proportion de 2,9 pour 100.

D'une façon générale, les causes de morts sont dues soit à l'hémorragie le plus souvent incriminée à la ligature défectueuse de l'artère cystique, soit à l'infection et aux complications péritonéales, soit enfin aux complications cardiaques et pulmonaires.

Telle est dans son ensemble l'opération de Kehr. Elle a certes une valeur et une portée scientifiques indiscutables. Elle donne des résultats merveilleux dans nombre de cas et particulièrement lorsqu'on se trouve en présence de cholélithiase ancienne et multiple, car alors il y a fréquemment de la cholécystite calculeuse chronique associée à l'obstruction cholédocienne, souvent aussi il y a infection plus ou moins considérable des voies biliaires et, dans ce cas, l'hépatocystic drainage dont Kehr a su si bien préciser la technique, fait évacuer la bile et les calculs qui ont pu passer inaperçus pendant l'intervention et qui s'éliminent au moment des pansements.

CHAPITRE II

QUELQUES INCONVÉNIENTS DE L'OPÉRATION DE KEHR.

Certes à en juger par les statistiques que publie Kehr depuis quelques années, à en juger aussi par les observations relatant des guérisons complètes et définitives survenues après l'application stricte de sa méthode il semble un peu audacieux de rechercher un point faible du système. Et cependant il est certains temps de l'opération de Kehr sur lesquels l'accord des chirurgiens est loin d'être parfait ; telle est par exemple la question du tamponnement à la Mikulicz installé autour du drain hépatique. Je sais bien que dans l'esprit de Kehr ce tamponnement a une raison d'être bien déterminée et qu'à ses yeux il revêt une importance capitale presque supérieure à celle du drainage de l'hépatique mais au prix de quels inconvénients ces avantages ne sont-ils pas obtenus !

Il ne faut pas se dissimuler en effet que les inconvénients, les dangers même du « Mikulicz » sous-hépatique sont ceux de tout « Mikulicz » abdominal. Nous abordons là d'ailleurs une question déjà ancienne puisque les discussions soulevées à la Société de chirurgie à propos du drainage remontent aux années 1888 et 1889.

Au mois de mai 1889 Bœckel s'exprimait de la façon suivante : « Pour moi la question est aujourd'hui tranchée, je suis entièrement converti et absolument convaincu que le drainage est une erreur chirurgicale, presque un non-sens et que le pansement durable avec réunion immédiate peut être appliqué dans les traumatismes chirurgicaux graves les plus variés quel qu'en soit le siège. J'en ai la démonstration éclatante dans une série de trente-trois opérations graves pratiquées dans ces derniers temps et toutes suivies de guérison ».

De son côté Ollier déclarait que la suppression du drainage était l'idéal vers lequel il fallait tendre, puis c'étaient Reclus et Berger qui se montraient partisans de cette suppression dans tous les cas où l'hémostase et l'affrontement étaient parfaits. Enfin Bœckel modifiant sa première déclaration disait : « J'ai employé ce mot d'erreur chirurgicale pour bien affirmer ma pensée ; ce terme est exagéré, j'en conviens ; inutilité est le mot propre ».

Les objections formulées par ces chirurgiens étaient à n'en pas douter des plus judicieuses, les reproches que l'on peut adresser au Mikulicz type sont assez sérieux et doivent être pris en considération quand on étudie les suites opératoires du « Kehr ».

Et tout d'abord cette grande incision de la paroi abdominale laissée ouverte ! Sans doute après le quatorzième jour la plaie opératoire se ferme progressivement ; il n'en est pas moins vrai que pendant deux semaines l'abdomen présente une plaie largement béante. Outre que l'esthétique de la paroi abdominale

est de la sorte sérieusement compromise c'est infliger au malade une convalescence très longue. La cicatrisation de la plaie pour être complète demande en effet cinq à six semaines quelquefois beaucoup plus. Mais il y a plus, la gravité de l'opération augmente puisque, au lieu de réduire l'ouverture de la plaie autant qu'il est possible on laisse une voie plus large à la pénétration des agents infectieux qui pourront inoculer le péritoine.

Kehr prétend qu'il ne faut rien sacrifier à la sécurité ; certes il a parfaitement raison ; mais il ne semble pas qu'en proportionnant le tamponnement aux délabrements et en ne laissant pour l'établissement du drainage qu'une ouverture de quatre ou cinq centimètres, il ne semble pas, dis-je, que la sécurité du malade puisse être discutée.

Il est d'autres reproches que l'on peut adresser au tamponnement, c'est la difficulté que l'on a souvent d'en enlever les différentes pièces et surtout les douleurs que l'on provoque chez le malade au moment de l'enlèvement. C'est qu'en effet le contact des différentes pièces du Mikulicz avec la séreuse péritonéale a pour effet de créer rapidement des adhérences étendues dans toute la région sous-hépatique et au moment de l'enlèvement du tamponnement les tiraillements que subissent ces adhérences provoquent chez le malade d'assez vives douleurs. Kehr, lui, attache une certaine importance à la production de ces adhérences ; c'est pour lui une condition indispensable pour l'exécution des manœuvres secondaires d'exploration, de lavage des canaux biliaires.

« Que devient cette masse d'adhérences ? Il se peut qu'elle se résorbe et disparaisse. Il est à craindre cependant qu'elle persiste indéfiniment et puisse provoquer des douleurs ou même des coudures du cholédoque ou du duodénum. Guénot, Th. Paris. »

Dans la statistique que rapportait Kehr au XXIX^e Congrès de l'Association allemande de Chirurgie les douleurs par adhérences étaient survenues chez onze pour 100 de ses malades ; sa statistique portait sur 400 laparotomies pour calculs biliaires. En 1904 sur 350 laparotomies il s'était produit dans douze cas des douleurs par adhérences.

C'est là une proportion qui mérite d'être prise en considération d'autant plus que malheureusement les méfaits de ces adhérences ne s'arrêtent pas toujours là et l'on a cité des accidents de fistules stercorales causées par le tiraillement des adhérences. Ces fistules sont le plus souvent des fistules duodénales ; ce peuvent être aussi des fistules coliques.

Libenthal a donné une triple explication de la pathogénie des premières ; « 1^o en détruisant les adhérences péritonéales, on peut léser la paroi duodénale d'où nécrose ; 2^o par suite de l'arrêt de la bile, le suc gastrique acide peut développer, au niveau du duodénum, la formation d'un ulcère ; 3^o la paroi duodénale, antérieurement lésée par des processus nécrotiques, peut être perforée au moment de la libération des adhérences ».

Ces fistules présentent la gravité de toutes les fistules stercorales et compromettent souvent la vie du malade. Si dans les quatre cas de fistules duodénales rapportées par Kehr (n^{os} 70-99, 165 et 166) les malades ont pu

être sauvés, il n'en fut pas de même dans un cas rapporté par Mayo-Robson (cas 288), dans un autre de Czerny et dans le malheureux cas d'Ohl où la mort survint presque immédiatement après la production de la fistule duodénale.

A tous ces inconvénients le Mikulicz sous-hépatique enajoute d'autres: ce sont, par exemple, les dangers de compression de la veine porte par le tamponnement. Ils ont été étudiés en détail par Fulcrand (thèse Lyon, 1905) qui distingue trois sortes d'accidents: 1° des accidents de compression brusque avec oblitération totale de la veine porte 2° des accidents de compression avec oblitération incomplète de la veine porte ; 3° des accidents de compression temporaire de la veine porte.

Dans le premier cas, c'est dix à quinze minutes après la compression que débutent les accidents qui se traduisent par la pâleur du visage, les traits tirés, les yeux excavés, l'état syncopal, l'accélération du pouls qui devient filiforme.

Dans le second cas, le tableau clinique est le même mais les accidents n'apparaissent qu'au bout d'une ou plusieurs heures ; ils peuvent amener la mort du malade si la compression ne cesse spontanément ou si l'on n'intervient à temps.

La compression temporaire, elle, présente également le même tableau clinique mais son évolution est enrayée soit par « une intervention rationnelle, soit par le hasard d'une décompression spontanée ». Certes ces accidents ne sont pas très fréquents ; la plupart du temps en effet l'imbibition des pièces du tamponnement par les liquides de la région sous-hépatique se

fait assez rapidement ; il est des cas cependant où l'imbibition se fait mal ou pas du tout dans ce cas il y a véritablement compression de la veine porte, sans compter que l'introduction un peu à l'aveuglette des pièces du tamponnement ne peut pas toujours empêcher les tampons de comprimer les organes voisins.

La veine porte peut être refoulée, par ce fait, contre la colonne vertébrale: il se produit dans ce cas un déplacement latéral du vaisseau. Parfois il y a coudure ; dans les deux cas la lumière de la veine se réduit et l'arrêt de la circulation, partiel ou quelquefois total peut s'ensuivre.

A côté de ces dangers de compression de la veine porte par le tamponnement sous-hépatique il ne faut pas omettre, et ce sont là des reproches qui ont été formulés depuis longtemps, les risques d'éventration post-opératoire. M. le professeur Laroyenne dont l'expérience en matière de drainage abdominal était indiscutable, reconnaissait que l'éventration était fréquente chez les malades dont il n'avait pu fermer complètement la paroi abdominale par suite de l'application d'un Mikulicz abdominal. M. le professeur Fochier, lui aussi, eut souvent l'occasion de faire ces remarques. L'éventration se produisait au niveau de l'angle inférieur de la plaie, le plan aponévrotique de la paroi abdominale ne pouvant se reformer à cause de l'interposition du tissu cicatriciel. Le type de l'éventration post-opératoire était au niveau de la ligne blanche.

Ces accidents de hernie post-opératoire nous les retrouvons dans les suites de l'opération de Kehr. Au XXIX^e Congrès de l'Association allemande de Chi-

urgie les résultats portant sur les 400 premières laparotomies que Kehr avait faites pour calculs biliaires, indiquaient une proportion de 7 pour 100 de hernies ventrales. En 1905 sur les 350 dernières laparotomies exécutées par Kehr cette proportion était de 3 pour cent ; Kehr s'empressait d'ailleurs d'ajouter que toujours ces complications herniaires étaient survenues lorsqu'il y avait eu abondante suppuration prolongée ou lorsque les malades avaient dû reprendre précocement un travail pénible.

Certes la proportion de ces complications post-opératoire est bien tombée il n'en est pas moins vrai que 3 p. 100 des opérés de Kehr présentent une éventration.

Pour comble de malheur il persiste quelquefois au niveau de la partie inférieure de la plaie opératoire une fistule dont la cicatrisation est excessivement lente. L'association de ces deux complications est grave.

Le Mikulicz entretient enfin assez facilement la suppuration, cela se conçoit : c'est un corps étranger qui communique avec l'extérieur et qui partant réalise les conditions les plus favorables à l'entrée et au développement des agents infectieux.

Tous ces inconvénients du tamponnement doivent restreindre son application ; il ne répond d'ailleurs plus aux tendances de la chirurgie moderne. « La tendance actuelle des chirurgiens dans les interventions abdominales, est d'éviter toute cause d'adhérence et de péritoniser les surfaces cruentées ; il est certain que le tamponnement tel que le pratique Kehr est en contradiction avec cette tendance. » Guenot *loc cit.*

CHAPITRE III

LES AVANTAGES DE LA CHOLECYSTECTOMIE SOUS-SÉREUSE DANS L'OPÉRATION DE KEHR

Nous venons d'exposer dans le chapitre précédent quelques défauts de la technique opératoire de Kehr. Les avantages de la sous-séreuse se déduisent facilement des inconvénients que nous avons signalés, les avantages portent sur 3 points principaux.

a) La cholécystectomie sous-séreuse diminue la gravité de l'opération de Kehr ;

b) Elle restreint d'une façon notable la durée du traitement post-opératoire ;

c) Elle réduit au minimum les risques d'éventration.

Les avantages de la sous-séreuse ont été démontrés en dehors de l'opération de Kehr par la thèse de notre camarade Buffé (th. Lyon 1907-08) qui a mis en évidence la possibilité de cette décortication grâce à certaines connaissances anatomiques particulières appliquées au Kehr. Ces détails d'anatomie nous les devons à notre maître M. le professeur agrégé Tixier. C'est lui qui a attiré l'attention sur la disposition particulière du péritoine vésiculaire et du tissu cellulaire sous-péritonéal de cette région. A cet effet, il a

montré, qu'au niveau du fond de la vésicule le péritoine était très adhérent. Si l'on essaie de décortiquer près du fond, la séreuse se déchire et s'effiloche quand elle n'entraîne pas avec elle une portion de la tunique musculaire de la vésicule. Au contraire, à partir du tiers moyen le décollement de la séreuse s'effectue facilement.

Cette disposition du feuillet péritonéal se retrouve dans d'autres organes recouverts par le péritoine : la vessie et l'utérus par exemple. Au niveau du fond de ces organes le péritoine adhère intimement à la tunique sous-jacente et tout décollement à ce niveau échoue fatalement. La disposition du péritoine vésiculaire n'est donc que le résultat d'un état anatomique général : « c'est l'application particulière à la vésicule d'une loi absolument générale ».

La décortication sous-séreuse de la vésicule étant possible, quels sont ses avantages dans l'opération de Kehr ?

a) *La cholécystectomie sous-séreuse diminue la gravité de l'opération de Kehr.* Cette gravité est pour une grosse part, fonction de l'inoculation de la grande cavité abdominale par les produits septiques contenus dans les voies biliaires. Ces dangers de péritonite ont toujours ému les opérateurs. Plusieurs morts étant survenues après suture de la paroi abdominale sans mèche ni drain, dans des cas où le moignon ducystique avait été abandonné, les chirurgiens comprirent qu'il fallait établir une barrière isolante entre la région opératoire et la cavité péritonéale. Nous avons vu comment Kehr comprenait cet isolument et la façon dont il le pratiquait. Certain chirurgiens ont utilisé l'épiploon pour

créer à la face inférieure du foie une sorte de loge artificielle destinée à isoler la grande cavité péritonéale. Cette opération dont les premiers essais sont dus à Langenbuch, Courvoisier et Terrier qui fixait le bord droit de l'épiploon à la face inférieure du foie par une rangée de sutures disposées en fer à cheval, cette opération, dis-je, a été étudiée par Delagenière dans son rapport au Congrès de chirurgie de Paris 1908. Ce chirurgien a imaginé un procédé d'épiplooplastie par renversement consistant à fendre en deux parties gauche et droite l'épiploon sorti du ventre et étalé à la façon d'un tablier. La partie gauche de cet épiploon est rentrée dans le ventre ; la partie droite est retournée en haut, renversée et suturée au duodénum et à la face inférieure du foie de gauche à droite et d'arrière en avant.

Pour terminer on fait le tamponnement de la cavité sous-hépatique avec des compresses de gaze.

Ce procédé aurait donné de bons résultats entre les mains de Delagenière.

Mais il est une autre façon de traiter la surface saignante du foie c'est celle qui s'adresse pour protéger la cavité péritonéale contre l'infection et l'hémorragie non plus à l'épiploon mais au péritoine de la région. C'est ce que réalise la cholécystectomie sous-séreuse qui utilise le revêtement séreux de la vésicule pour créer ce que l'on appelle la péritonisation de la région. A ce titre l'ectomie sous-séreuse de la vésicule présente tous les avantages de cette méthode qui à l'heure actuelle tend à se généraliser à toute la chirurgie viscérale.

Dans la *Revue de Chirurgie* du 10 juillet 1900,

Quenu disait d'elle : « La péritonisation de toutes les surfaces cruentées doit, à l'heure présente, être considérée comme un principe fondamental de la chirurgie abdominale. Aucun pédicule ne doit, autant que possible faire saillie dans la cavité coelomique, aucune surface suintante, dénudée ou charnue ne devrait être abandonnée par l'opérateur. Rétablir la continuité absolue de la couverture séreuse, voilà le vrai moyen d'obtenir les plus bénignes suites opératoires... »

Ce procédé de défense et de protection de la cavité abdominale n'est d'ailleurs qu'une limitation du processus naturel de réaction du péritoine à l'infection.

Appliquée à l'ectomie de la vésicule, la péritonisation nous semble réaliser le maximum de sécurité. Lorsqu'on a fixé, en effet, au péritoine pariétal les deux lambeaux péritonéaux et qu'on a créé, comme nous le verrons plus loin le tunnel séro-hépatique, on a établi à ce moment une sorte de rideau transversal, un véritable diaphragme séreux séparant la région de la vésicule de la grande cavité péritonéale.

Cette exclusion artificielle d'une région dont la réaction à l'infection est si sensible constitue un procédé incontestablement supérieur à n'importe quel tamponnement, fut-il fait dans les meilleures conditions et avec le plus grand soin. Un feuillet séreux constitue toujours une barrière plus isolante que des compresses. C'est également l'avis du professeur Haasler (de Halle-sur-Saale) dont l'expérience à ce sujet est indiscutable.

« La cholécystectomie sous-séreuse, nous écrit-il, réalise un traitement rationnel de la plaie hépatique,

tout à fait comparable à celui que l'on met en œuvre dans d'autres opérations abdominales.

Toutes les portions de la surface opératoire, à la fin de la suture de la gaine séreuse de la vésicule, sont recouvertes de péritoine. C'est ce qui explique que dans la suite on ne soit pas obligé comme Kehr, qui, d'ailleurs, ne préconise pas la cholécystectomie sous-séreuse, de placer trois ou quatre gros tampons, ainsi que des drains, mais, qu'au contraire on puisse fermer complètement et solidement la cavité abdominale, ou si l'on n'a pas confiance dans la suture du cystique ou que l'on redoute une infection quelconque, qu'on puisse placer un drain de peu d'épaisseur et disposer autour de la région quelques mèches de gaze ».

b) La cholécystectomie sous-séreuse diminue la durée du traitement post-opératoire.

« Dans les cas où je pratique la fermeture complète du ventre, ajoute le professeur Haasler, la guérison survient en dix à quatorze jours. Dans les autres cas, la moyenne des guérisons se fait en trois semaines. »

Nous sommes loin des cinq à six semaines qu'exige le traitement consécutif à l'opération de Kehr.

Les malades dont nous publions plus loin les observations ont pu se lever à la fin de la troisième semaine ou au début de la quatrième : les durées des traitements ont varié entre trente-trois, vingt-neuf, trente-deux et vingt-huit jours. Seule, la première a fait exception.

D'une façon générale on peut dire que dès l'instant où l'on juge indiquée l'ablation du drain hépatique, la guérison est un fait accompli. Cette réduction du trai-

tement post-opératoire est à prendre en considération sans compter que les malades traités par la sous-séreuse n'ont pas à subir les manœuvres que nécessite l'enlèvement des compresses du tamponnement et qui déterminent toujours une assez vive douleur et cela n'empêche pas, si l'infection des voies biliaires semble profonde et se manifeste par des symptômes généraux et de la fièvre, de laisser longtemps le drain dans l'hépatique.

Reste enfin un dernier avantage de l'ectomie sous-séreuse de la vésicule.

c) Elle réduit au minimum les chances d'éventration. Nous n'avons plus, comme dans le Kehr, une large plaie béante nécessaire d'ailleurs pour le passage du Mikulicz sous-hépatique.

L'incision à la fin de l'opération est réduite dans la cholécystectomie sous-séreuse à quatre ou cinq centimètres au maximum suffisants pour l'abouchement externe de l'entonnoir séro-hépatique par lequel sort le tube de drainage. Et les lèvres de cette très petite plaie ne sont pas maintenues écartées par des compresses encombrantes. Seul le drain les maintient éloignées, Aussi celui-ci une fois enlevé, la paroi se reconstitue immédiatement très solide.

Nous l'avons constaté, comme nous le disons plus loin, chez une des malades opérées par M. Tixier et que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer dans le service de notre maître, où elle était venue se faire examiner, tout heureuse de son opération. La cicatrisation de la plaie était parfaite et en aucun point la paroi n'a faibli.

Aucune des quatre autres malades, la cinquième étant décédée à l'hôpital ainsi que nous le verrons plus loin, n'a présenté de phénomènes d'éventration ; interrogées dans ce sens, elles ont été très affirmatives.

En fin de compte, la cholécystectomie sous-séreuse dans l'opération de Kehr, nous semble digne de retenir l'attention des chirurgiens. Nous avons exposé ses avantages ; ils sont incontestables ; les dangers ou les inconvénients immédiats qu'elle supprime nous justifient suffisamment, je le pense.

C'est une opération élégante et intéressante à pratiquer mais nous n'allons pas jusqu'à dire qu'elle est indispensable. Notre intention n'est pas, en effet, de faire de la décortication sous-séreuse de la vésicule un procédé que l'on devra systématiquement pratiquer dès l'instant où l'on aura résolu de faire un « Kehr ».

Prétendre que l'on doive, de parti-pris et *à priori* pratiquer la cholécystectomie sous-séreuse toutes les fois que l'opportunité d'une « opération de Kehr » aura été démontrée, serait faire preuve d'un exclusivisme à outrance. Il n'en reste pas moins que cette modification de technique opératoire est de celles qui, à l'heure actuelle, se rapprochent le plus des tendances chirurgicales modernes.

Et si, dans les cholécystites aiguës revêtant le type hémorragique ou gangréneux et dans lesquelles le péritoine vésiculaire participe à l'inflammation aiguë de l'organe, l'ectomie sous-séreuse de la vésicule est impossible, dans les formes chroniques de la cholécystite calculeuse compliquées d'infection plus ou moins grave des conduits biliaires et où par consé-

quent l'opération de Kehr trouve ses indications les plus spéciales, dans ces formes-là, dis-je, la cholécystectomie sous-séreuse reprend tous ses droits.

Ces vésicules épaissies, ratatinées, recouvertes d'un péritoine également augmenté d'épaisseur représentent en effet les conditions les plus favorables à l'exécution de la sous-séreuse.

Dans ces cas, la décortication sera facilement et d'autant mieux praticable que l'on sera plus pénétré des détails de technique opératoire qu'il nous reste maintenant à préciser.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Au Congrès de Chirurgie de Paris, octobre 1908, M. le professeur agrégé Tixier a décrit le manuel opératoire qu'il a adopté depuis 1903. C'est l'application à l'opération de Kehr de la cholécystectomie sous-séreuse de Witzel avec les modifications que ce chirurgien y a apportées.

L'opération comprend essentiellement trois temps.

PREMIER TEMPS : *Incision de la paroi et libération du fond de la vésicule.*

DEUXIÈME TEMPS : *Dissection sous-séreuse de la vésicule et exploration des voies biliaires (canal hépatique et canal cholédoque.)*

TROISIÈME TEMPS : *Ablation de la vésicule. Mise en place de l'hépaticus-drainage. Constitution du tunnel séro-hépatique. Suture de la paroi.*

Nous allons décrire en détail chacun de ces temps.

PREMIER TEMPS : *Incision de la paroi et libération du fond de la vésicule*

L'incision adoptée est celle de Kehr ; c'est elle qui semble le mieux faciliter l'abouchement ultime au

point favorable du tunnel séro-hépatique résultat de la cholécystectomie sous-séreuse.

Il est inutile de dire que cette incision de la paroi est faite sur le malade en position hépatique, c'est-à-dire alors qu'un coussin lombaire projette en avant la région vésiculaire. La portion latérale de l'incision en baïonnette qui descend sur le bord du grand droit peut d'abord être très petite ; il est si facile de la prolonger suivant les besoins. Lorsque la vésicule est petite, ratatinée, ce qui est le cas habituel dans les vieilles cholécystites calculeuses, il n'est pas nécessaire de dépasser en bas la ligne ombilicale.

Le péritoine et les aponévroses constituant la gaine du grand droit sont soigneusement repérés avec des pinces.

On soulève le foie que l'on va progressivement extérioriser et on cherche le fond de la vésicule. Mais avant de faire aucune manœuvre de libération, il est indispensable de limiter soigneusement son champ opératoire avec des compresses tassés dans le ventre et qui cachent sous leurs plis protecteurs : estomac, intestins, épiploons.

La recherche de la vésicule peut être plus ou moins longue, plus ou moins pénible, tout dépend de la multiplicité des adhérences, de leur résistance, de la coalescence de l'épiploon et des organes voisins. Mais il est inutile de vouloir immédiatement libérer la totalité de la vésicule, il suffit d'en trouver le fond.

Le fond de la vésicule sert de point de repère dans l'opération de Kehr, comme le fond de l'utérus dans une hystérectomie pour suppurations pelviennes.

En partant du fond de l'organe, les doigts de l'opérateur libéreront lentement et progressivement la face inférieure de la vésicule jusqu'à l'union de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs. *C'est là que le péritoine commence à être décollable et qu'il faudra amorcer la dissection sous-séreuse* (Tixier).

Mais, lorsque la vésicule est très volumineuse, il est avantageux parfois d'inciser la séreuse encore plus près du cystique, les lambeaux péritonéaux sont suffisants et l'opération est plus rapide.

Une hémostase soignée de la moindre adhérence déchirée, du moindre décollement épiploïque ou péritonéal suintant sera exécutée : les hépatiques saignent si facilement !

DEUXIÈME TEMPS. — *Dissection sous-séreuse de la vésicule et exploration des voies biliaires* (hépatique et cholédoque).

Le fond de la vésicule, ainsi libéré, est saisi à l'aide d'une ou deux pinces de Tuffier et on présente ainsi au bistouri tendu la face inférieure de l'organe. Au bistouri on trace une incision demi-circulaire de la séreuse vésiculaire inférieure en allant à petits coups pour trouver le plan de clivage convenable. Si à ce moment les liquides intravésiculaires paraissent être sous trop forte tension, si les parois de l'organe semblent être trop amincies, il est prudent d'aspirer à l'aide d'un trocart (Potain) le contenu de la vésicule.

Une fois amorcé, le décollement de la séreuse se fait aisément aux ciseaux courbes mousses : quand

l'opercule péritonéal est bien nettement circonscrit, on fait tomber sur l'incision transversale demi-circulaire une incision antéropostérieure de la séreuse. L'incision prend alors la forme d'une raquette à boucle étreignant la face inférieure de la vésicule et à queue se prolongeant dans l'axe du cystique.

Mais il est inutile que cette queue de la raquette aille loin sur le col de la vésicule et sur le cystique, Dès qu'on arrive en effet au niveau du col de la vésicule, on rencontre un tissu cellulaire sous-péritonéal de plus en plus lâche qui permet le détachement très aisé du péritoine. Les deux lambeaux péritonéaux sont repérés à l'aide de pinces de Tuffier.

Il faut compléter la dissection de la vésicule sur sa face supérieure et sur ses bords pour la détacher de sa logette hépatique. Ici, point de péritoine, mais le plus souvent un tissu fibreux de réaction inflammatoire qui crie sous le bistouri.

Mais cette barrière fibreuse a au moins l'avantage de protéger le tissu hépatique sus-jacent contre les offenses de l'instrument.

Seule l'artère cystique ne peut pas être évitée et sa section parfois, à deux ou trois reprises, nécessite la pose de pinces hémostatiques.

La vésicule est alors complètement isolée par sa face supérieure du foie et elle arrive à ballotter sous l'effort des pinces qui ont été placées sur son fond. La vésicule constitue alors le meilleur mode de traction et sur le foie et sur les canaux biliaires ; par des tractions douces et répétées se combinant à celles qu'exercent directement sur le foie les mains de l'aide principal, on

arrive ainsi à faire basculer l'organe, à mettre en pleine lumière la région sous-hépatique, les voies biliaires principales.

C'est à leur exploration que le chirurgien doit à ce moment apporter tous ses soins. Mais quel est le meilleur moyen de ne pas s'égarer, d'inciser exactement, dans le sens parallèle à leur direction, les canaux hépatique et cholédoque ? Il faut fendre le cystique progressivement jusqu'à son embouchure, en introduisant dans son calibre de très petits ciseaux courbes.

Mais, ouvrir le cystique, c'est vider d'un coup la vésicule et répandre sur le champ opératoire son contenu septique. Aussi, le plus souvent, lorsque le cystique a été exactement repéré, il vaut mieux placer une ligature sur le col et se débarrasser de la poche vésiculaire. Une pince hémostatique, placée sur le cystique, assure une prise solide de cet excellent conducteur.

Tandis que les doigts continuent le décollement du péritoine en haut sur l'hépatique, en bas sur le cholédoque, le cystique est incisé de proche en proche et ses tuniques repérées jusqu'à l'éperon hépato-cholédocien.

Il est bon alors de se débarrasser de toutes les pinces d'hémostase et de lier en particulier l'artère cystique avec soin.

On peut alors poursuivre l'incision du canal cholédoque plus ou moins loin suivant qu'un calcul est perçu plus ou moins profondément engagé dans son intérieur.

De même du côté du canal hépatique ces manœuvres d'investigation, d'incision des canaux, d'extraction

des calculs sont multiples ; elles ne doivent être discutées ici.

Nous insisterons simplement sur le fait qu'une fois que le décollement séreux est exécuté jusqu'au niveau du cystique il se poursuit presque spontanément par simple traction des lambeaux à l'aide des pinces de repérage.

TROISIÈME TEMPS : *Ablation de la vésicule. — Mise en place de l'Hépaticus-drainage — Constitution du tunnel séro-hépatique — Suture de la paroi.*

Nous avons dit que souvent avant d'inciser les voies biliaires principales on avait pratiqué l'ablation de la vésicule pour se débarrasser d'un organe volumineux gênant et dangereux par sa septicité. Si au contraire il s'agit d'une vésicule petite ratatinée, on peut à ce moment d'un coup de ciseau en pratiquer la section au niveau du col.

Un drain convenable est introduit dans le canal hépatique et fixé par un fil de catgut de moyen volume aux parois même de l'hépatique. Souvent aussi M. Tixier a jugé prudent d'introduire un deuxième drain dans le cholédoque. C'est lorsque les parois de ce canal étaient apparues comme profondément ulcérées, infectées au contact d'un calcul volumineux solidement enclavé.

Cedrain est simplement introduit dans le cholédoque de façon à pouvoir au bout de trois à quatre jours être facilement retiré. Par son intermédiaire on peut à ce mo-

ment exécuter une chasse de haut en bas dans le cholédoque avec de l'eau bouillie tiède.

Les lambeaux péritonéaux sont alors rapprochés l'un de l'autre et on les suture l'un à l'autre par un surjet continu au catgut. Par leur rapprochement sur la ligne médiane ils constituent un entonnoir séro-hépatique formé en bas par leur surface supérieure, en haut par la face inférieure du foie.

Dans cet entonnoir passe le drain de l'hépaticus drainage, accompagné ou pas du drain introduit dans le cholédoque.

A ce moment on *supprime toutes les compresses du tamponnement* sous-hépatique et on ferme la paroi.

La partie verticale médiane de l'incision en baïonnette est la première suturée, puis on cherche au niveau de la portion transversale le point où viennent le plus aisément s'adosser au péritoine pariétal les bords des lambeaux péritonéaux.

Le plus souvent c'est au niveau de l'angle externe de l'incision ; tantôt au niveau de l'angle interne.

On fixe alors soigneusement les lambeaux péritonéaux au péritoine pariétal en donnant à l'orifice externe de l'entonnoir séro-hépatique une dimension égale à une pièce de deux francs. C'est très suffisant pour le passage du ou des tubes de drainage.

Tout le reste de l'incision de la paroi abdominale est complètement fermé et cette suture est faite plan par plan avec soin et minutie.

On ne laisse aucun drainage intra-abdominal. On applique sur la plaie un très petit pansement fixé hermétiquement à l'aide de leucoplastes ; il protège les lignes

de suture. On peut le réduire au minimum car il n'y aura pas de suintement puisque le tamponnement, le Mikulicz sous-hépatique a été totalement supprimé.

Soins consécutifs. — Il suffit de s'assurer que le siphonage de la bile fonctionne bien. Quand il n'y a aucune élévation de température, quand la bile paraît être absolument normale (examen microbiologique) on supprime le drainage de l'hépatique.

Et alors dès que ce drain est enlevé, grâce aux tendances naturelles du péritoine vésiculaire à venir adhérer à la loge sous-hépatique, très rapidement la petite fistule biliaire se tarit. En général entre le quinzième et le vingt-cinquième jour cette oblitération est obtenue et la place superficielle de la paroi se cicatrise immédiatement.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

On s'étonnera peut-être que nous ne présentions que six observations alors que nous aurions pu en trouver d'assez nombreuses dans la science : la raison en est bien simple.

Nous avons défendu dans les pages précédentes une technique opératoire propre à M. le professeur agrégé Tixier ; nous avons cru par suite qu'il serait surtout intéressant d'analyser un certain nombre d'observations dans lesquelles la technique suivie était précisément celle de notre maître. C'est pourquoi nous nous sommes limités aux six observations qui suivent et que nous devons toutes à l'obligeance de M. Tixier.

OBSERVATION I

Cholécystite calculeuse. — Obstruction du cholédoque. — Vésicule petite contenant des calculs. — Trois calculs enclavés dans le cholédoque. — Opération de Kehr après cholécystectomie sous séreuse. — Guérison. (Tixier.)

Femme âgée de cinquante-cinq ans.

Entrée à l'hôpital le 2 octobre 1907.

Opérée le 18 octobre 1907.

Sortie guérie le 24 décembre 1907.

Antécédents. — Père mort à cinquante-cinq ans d'affec-

tion inconnue. Mère morte à soixante-cinq ans d'hématurie? Une sœur morte à huit mois et demi. Mariée, son mari souffre d'une maladie de foie.

Pas d'enfants; une fausse couche à trois mois occasionnée par une peur.

Réglée très régulièrement à partir d'onze ans jusqu'à cinquante ans.

Pas de métrorrhagies. Ménopause sans incident à cinquante ans. A vingt ans, fièvre typhoïde; à vingt-quatre ans, affection nerveuse avec point douloureux dans la région précordiale et dyspnée non paroxystique durant une heure, deux heures, et soulagée par le sirop d'éther. Elle éprouve ces symptômes d'abord pendant dix mois, et cinq ans après, pendant deux années, toujours sous l'effet d'une contrariété.

Vers le mois d'avril 1905, douleurs brusques dans le creux épigastrique. Pas de vomissements. Lait et eau de Vichy. Diagnostic d'embarras gastrique fébrile. La malade se lève au bout de quinze jours et ne retombe malade que vers le 18 décembre. Les douleurs reviennent alors au même point, s'irradiant dans le dos. Elles sont rapportées à des névralgies.

Un peu de subictère.

Troisième crise en février, suivie d'un ictère très prononcé avec prurit. Pas de vomissements bilieux.

Décoloration des matières fécales. Etat foncé des urines. Pas de xanthopsie.

Quatrième crise en octobre.

Cinquième en juillet 1907.

Sixième à la fin d'août 1907. Celle-ci est fractionnée. Les accès se répètent à de brefs intervalles. Ictère très prononcé. Les douleurs ont ceci de particulier qu'elles ne siègent jamais dans l'hypocondre droit, qu'elles ne s'irradient pas vers les épaules, mais un peu dans la jambe gauche. La fièvre n'est apparue qu'au cours de la dernière crise et seulement pendant deux jours.

Il n'y a jamais de vomissements. Il y a eu deux débuts douloureux dans la zone appendiculaire.

Les urines n'ont jamais contenu de sang. Elles ont, paraît-il, déposé des matières minérales semblables à de la poudre de brique pilée ou parfois à de la poudre de plâtre, ceci avant que les crises douloureuses fissent leur apparition.

A l'époque de la troisième crise (février 1906), il y eut de petits calculs dans les urines. Depuis, ils n'ont pas reparu. Douleur spontanée dans les reins, probablement due au décubitus. Au moment des crises, les urines diminuaient de quantité et devenaient très chargées. Cette alternative de diurèse et de rétention était, d'ailleurs, habituelle chez la malade.

Examen physique. — Huit ou dix jours après la dernière crise, la malade entre à l'hôpital. Elle offre un ictère surtout prononcé sur le tronc et la face; il est en voie de régression. On n'a pas constaté l'état des matières jusqu'au 8 octobre, date à laquelle elles ne sont plus décolorées. On n'y a pas vu de calculs. Les urines ne sont plus foncées. Ni sucre, ni albumine. L'anneau des pigments biliaires y est faible. Pas de température au-dessus de 37°5, sauf le 7 au soir où elle a 37°8. Ceci coïncide avec une reprise des douleurs dans l'hypocondre droit cette fois. Le tiraillement dans le creux épigastrique subsiste en même temps.

Point douloureux très net au niveau du dixième cartilage, costal droit; il semble qu'on sente à ce niveau une petite masse. La matité hépatique ne dépasse pas le rebord costal. Le palper bimanuel est un peu douloureux à gauche où l'on croit sentir dans les grandes inspirations une masse glisser entre les deux mains. Est-ce un rein mobile? Pas de douleur dans la zone appendiculaire. Pas de clapotage cœcal.

L'estomac fait descendre sa sonorité à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; cette sonorité dépasse un peu la ligne médiane.

Au cœur, bruits assez accélérés. A la pointe et au foyer

mitral, ils sont assourdis surtout le premier. A la base et au foyer aortique, second bruit sourd. Au foyer pulmonaire, bruits très voilés avec esquisse d'un galop. Le poulx est mal frappé, mais peu ralenti.

8 octobre. — La masse sentie par dessus le rebord du foie, d'ailleurs atrophié de la malade, n'est pas une vésicule. Elle est constituée par un plastron d'adhérences (périhépatite ou péricholécystite).

La rate semble un peu grosse. Ce serait à rapprocher de l'état infectieux chronique des voies biliaires. La malade qui, jusqu'ici, s'est traitée par l'eau de Vichy et l'huile paraît rebelle à la nécessité d'une intervention. On a l'intention de la faire radiographier par M. Barjon.

15 octobre. — La malade a été radiographiée, elle a eu une crise de mobilisation calculeuse le 11 octobre, une esquisse de crise le 12 ou le 13; depuis, l'ictère s'est un peu prononcé. Mais à cinq à six jours de là, il est déjà en voie d'atténuation. On a constaté la décoloration de matières fécales. On donne un purgatif salin (calomel).

18 octobre 1907. — *Intervention.* — L'incision en baïonnette de Kehr est pratiquée sur la malade. Le foie saisi par l'extrémité antérieure du lobe droit et du lobe carré est extériorisé. On repère la vésicule qui est petite. On dissèque autour d'elle en commençant à quelque distance de son fond une collerette péritonéale. On est gêné dans cette dissection par l'artère cystique qui est adhérente au péritoine et au muscle vésiculaire qu'on coupe à plusieurs reprises. La vésicule une fois libérée, on se dirige sans la fendre vers le cholédoque, où l'on arrive en suivant le cystique. On perçoit des calculs à l'intérieur du cholédoque. Celui-ci et l'hépatique sont fendus dans leur longueur, on voit très bien l'éperon cystico-hépatique. On retire du cholédoque avec une curette deux calculs à facette, puis un troisième plus profond. On cathétérise alors le cholédoque jusqu'au duodénum. On pratique aussi le cathétérisme du canal hépatique.

L'excision de la vésicule et du cystique est faite. Un drain est placé dans le cholédoque et un dans l'hépatique. Fermeture partielle de la fente cholédoco-hépatique par quelques sutures. Fermeture partielle de la paroi abdominale. On laisse en place les mèches qui circonscrivent les drains.

Suites opératoires. — 22 octobre : il y a eu une petite hémorragie mais le pansement n'est pas refait, on se contente de le renforcer. La malade à un bon pouls assez rapide. Il se produit une ascension de température (39 degrés) la malade vomit une fois la nuit puis la fièvre diminue et tout rentre dans l'ordre. Lait coupé d'eau de Vichy. L'écoulement de la bile se fait bien.

27 octobre. — La bile inonde le pansement ; elle s'insinue entre les drains et la paroi du canal. Le facies reste ictérique. L'état général est assez bon, un peu déprimé. La malade a froid. Température basse 37° 2. Pouls en rapport avec la température, 92 pulsations.

4 novembre. — On est obligé de sonder journellement la malade qui ne peut uriner seule. Les urines sont troubles, la pression sur la vessie douloureuse. Il y a une légère exacerbation fébrile. Ces mèches ont été enlevées pour la première fois le 1^{er} novembre. On les enlève et on les remet tous les deux jours.

7 novembre. — La malade commence à uriner seule. Il y a existence d'un polype endo-urétral qui entre pour beaucoup dans les difficultés de la miction.

Surface opératoire. — Il y a un fait intéressant à noter, c'est que lorsqu'on enleva le drain de l'hépatique, la bile pendant quinze jours s'écoula toute au dehors puis brusquement en une seule fois il y eut fermeture de la fistule et fèces colorées ; ceci pendant quatre ou cinq jours. Puis l'écoulement de toute la bile se produisit de nouveau au dehors. On institua un régime diététique (Jaboulay) et au bout de dix jours environ guérison absolue.

24 décembre 1907. — La malade sort de l'hôpital.

Suites opératoires éloignées. — Nous avons fait prendre

des nouvelles de la malade et à la date du 2 novembre 1908 la malade nous écrit qu'elle se porte très bien. La cicatrice est absolument guérie. Les digestions sont bonnes. La malade a engraisé de 4 kilos. Les selles sont assez régulières. Pas de douleurs de ventre. Jamais de vomissements. La malade fait son ménage et ses courses et se trouve très satisfaite de l'opération que lui a faite M. Tixier et qu'elle ne saurait trop remercier.

OBSERVATION II

Cholécystite calculeuse et calcul du cholédoque. — Sténose pylorique d'origine biliaire. — Opération de Kehr. — Cholécystectomie sous-séreuse. — Mort par bronchopneumonie (Tixier).

Malade âgée de soixante-six ans.

Entrée à l'hôpital le 25 janvier 1908.

Opérée le 31 janvier 1908.

Antécédents. — Son père et sa mère sont morts de maladies inconnues. Elle a eu une sœur poitrinaire. Quatre frères, cinq sœurs morts également de maladies inconnues.

Réglée à quatorze ans, ses règles ont toujours été bien régulières.

Elle a eu six enfants. Pendant une grossesse elle prit de l'ictère en deux fois; l'enfant ictérique à sa naissance mourut au bout de trois jours.

Depuis vingt-neuf ans la malade est atteinte de coliques hépatiques dont le nombre est devenu progressivement croissant. Au début de l'affection, ces coliques ne survenaient que deux ou trois fois par an; dans la suite la malade en souffrait tous les mois.

Depuis vingt-cinq jours, c'est presque journellement que surviennent ces crises. En général elles débutent à 2 heures de l'après midi ou 3 heures au plus tard. La malade accuse une très vive douleur du côté droit. Cette douleur commence au niveau de la région vésiculaire. Elle va de droite à

gauche et de gauche à droite en se propageant à la région épigastrique. Elle s'irradie aussi à l'épaule droite où la malade ressent de violents « coups de sabre ».

Depuis quelque temps et en raison de la subintrance de ces douleurs la malade ne peut plus manger. Elle a maigri considérablement.

A signaler aussi que de temps en temps elle éprouve des frissons qui la glacent; elle présente tous les signes de la fièvre bilioseptique de Chauffard.

Pendant ces crises la malade devient jaune; d'autres fois elle ne l'est plus.

La malade a eu aussi des douleurs dans les cuisses et dans le rectum ainsi que dans tout le bas ventre.

En même temps elle éprouvait de fausses envies d'uriner et d'aller à la selle. La malade aurait constaté une fois des cailloux dans ses urines.

Selles décolorées de temps en temps.

Pas de melœna, pas d'hématémèse.

A l'entrée on se trouve en présence d'une malade un peu cachectique; le ventre est souple; les nombreuses vergetures sont la trace de plusieurs grossesses.

Pas d'ascite.

Le foie est gros. Il dépasse de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. M. Tixier attribue la douleur perçue à droite à la vésicule biliaire qui se détache d'ailleurs mal sur le reste du foie soit par suite d'adhérences, soit par suite de dégénérescence. M. Pelicand, interne du service constate une autre petite tumeur à gauche. Aux poumons et aux plèvres on ne constate aucun frottement; pas de signes d'épanchement.

Pas de galop droit.

Pas de Troisier.

Les selles sont un peu décolorées.

31 janvier 1908. — Intervention. Le diagnostic établi était celui de sténose pylorique d'orifice biliaire. On pratique donc une laparotomie médiane sus-ombilicale. On

reconnaît qu'en effet le pylore est englobé dans des adhérences fibreuses partant de la vésicule ratatinée, mais pas néoplasique ; on se décide à pratiquer une cholécystectomie et un Kehr.

A cet effet et pour se donner du jour, M. Tixier pratique une section transversale du grand droit, puis la vésicule est libérée du pylore ; elle est dure et ratatinée et dans son fond elle laisse percevoir quelques petits cailloux.

Le pylore est recliné en bas, quelques points d'enfouissement sont faits sur la surface décollée. Puis, on revient à la vésicule, et, suivant la technique opératoire habituelle, il est fait une sous-séreuse Tixier typique. Le lambeau péritonéal obtenu est très joli.

La vésicule renferme du mucus ; après ouverture large on constate que directement à sa pointe s'ouvrent, largement dilatés, le canal hépatique et le canal cholédoque.

On ne perçoit aucun calcul dans l'hépatique.

Une sonde est introduite dans le cholédoque et pénètre à 7 ou 8 centimètres de profondeur sans être arrêtée, et pourtant on s'attend à trouver quelque obstacle, étant donné le faible calibre du cholédoque, gros comme le petit doigt. Le cathétérisme est poussé plus loin, et la sonde introduite à 10 centimètres retire un calcul de la grosseur d'une noisette.

Le drainage de l'hépatique et celui du cholédoque sont faits suivant la technique habituelle.

L'hémostase est soigneusement effectuée. L'incision transversale du muscle droit est fermée, de même qu'une grande partie de l'incision longitudinale.

Pendant les jours qui suivent l'opération, l'état de la malade n'est pas très brillant. La température s'élève à 38°8 le soir de l'opération, le lendemain soir à 39°2, le surlendemain, le premier pansement est fait. Le même soir, la malade se plaint d'un violent point de côté. Température à ce moment, 39°6.

Profondément infectée et cachectique, la malade succombe

le 12 février 1908, après avoir présenté des accidents pulmonaires intenses.

L'autopsie montre des noyaux bronchopneumoniques disséminés; par contre, le grand péritoine est absolument sain; cela est intéressant à noter.

OBSERVATION III

Lithiase vésiculaire cystique et du cholédoque. — Opération de Kehr. — Cholécystectomie sous-séreuse. — Ablation d'un calcul du cholédoque. — Drainage de l'hépatique et du cholédoque dans le tunnel séro-hépatique de la cholécystectomie sous-séreuse; fermeture de la fistule biliaire en quinze jours; guérison complète en trente-trois jours (Tixier).

Femme quarante-deux ans. Entrée le 27 février 1908. Opérée le 6 mars 1908. Sortie guérie le 10 avril 1908. Cette femme entre dans le service de M. Tixier pour des coliques hépatiques ayant déterminé une ictère chronique par rétention.

Antécédents. — Depuis six ans, elle souffre de la région hépatique tous les quinze jours parfois, d'autres fois tous les mois elle présentait des coliques hépatiques très douloureuses. Des vomissements incessants se déclaraient, et une volumineuse tumeur apparaissait dans la région sous-hépatique. Cette tumeur perçue par la malade fut constatée par le Dr Deydier (de Tournon), qui eut l'occasion d'observer plusieurs fois la malade; il fit le diagnostic d'hydropisie de la vésicule d'origine calculeuse.

Depuis plusieurs mois, un ictère chronique foncé s'était établi avec décoloration des fèces, couleur acajou des urines, prurit insupportable.

Il y a six semaines, elle eut une crise atroce avec développement d'une énorme tumeur vésiculaire qui se vida au bout de huit jours. Cette évacuation avait été précédée de grands frissons et de malaise général.

Elle entre alors à l'Hôtel-Dieu.

Il existe une tumeur vésiculaire assez nette comme contours.

Le diagnostic *d'ictère chronique par calcul du cholédoque chez une malade atteinte de cholécystite calculuse s'impose.*

Pendant plusieurs jours, la température est prise avec soin ; il n'y a aucune poussée fébrile ; on peut donc opérer à froid.

Intervention le 6 mars 1908. — Incision en baïonnette de Kehr. La vésicule, du volume d'une grosse aubergine, est lisse, unie, libre de toute adhérence. On garnit le champ opératoire de compresses isolantes. Une cholécystectomie sous-séreuse typique est pratiquée suivant le procédé Tixier, c'est-à-dire qu'on commence le décollement sous-séreux, non pas au fond de la vésicule mais sur sa partie moyenne. Un grand lambeau séreux est ainsi conservé.

Ablation de la vésicule entre deux pinces au niveau de la terminaison du cystique. Le cholédoque est incisé ; on en retire un calcul gros comme une noisette. Un drain est introduit dans le cholédoque et comme il rencontre de la boue biliaire, on fait une chasse dans le duodénum à l'aide d'eau bouillie énergiquement poussée par une seringue à hydrocèle.

Drain dans l'hépatique ; on retire le tamponnement sous-hépatique. Fixation du grand lambeau séreux vésiculaire au péritoine pariétal, ce qui constitue un entonnoir séro-hépatique allant de la paroi abdominale au cholédoque et dans lequel glissent les deux drains de l'hépatique et du cholédoque.

Reconstitution de la paroi sauf à l'entrée de l'entonnoir séreux.

Suites opératoires. — Ablation du drain de l'hépatique au bout de six jours ; au bout de neuf jours du drain du cholédoque. La bile totalement siphonnée s'écoule claire, jolie, normale. Le quinzième jour le canal séro-hépatique était cicatrisé et au bout de vingt jours la malade se levait.

La malade est présentée au bout d'un mois à la Société de chirurgie, (9 avril 1908) complètement guérie, à la veille de reprendre sa vie habituelle.

Suites opératoires éloignées. — Nous avons fait prendre des nouvelles de la malade. Elle nous a répondu qu'elle était très satisfaite de son opération. La cicatrice de sa plaie est complètement terminée.

Elle digère très bien, n'est pas constipée. Elle a engraisé de 10 kilogrammes. Les forces reviennent progressivement. Elle n'accuse plus aucune douleur de ventre et a repris son travail comme auparavant.

3 novembre 1908. — La malade se présente à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Tixier pour s'y faire examiner. Nous avons le plaisir de constater que la malade n'a pas exagéré son bien-être actuel. Sa santé s'est considérablement améliorée. Les coliques hépatiques n'ont plus reparu. La cicatrice opératoire est très jolie et la sangle abdominale fonctionne à merveille. Lorsqu'on place, la malade étant dans le décubitus dorsal, une main sur le grand droit du côté et près de la cicatrice et qu'on dit à la malade de s'asseoir sur son séant sans s'aider des mains on perçoit un muscle se contractant tout à fait normalement.

OBSERVATION IV

Dyspepsie ancienne. — Congestion hépatique avec subictère. — Angiocholite avec accidents fébriles. — Amaigrissement. — Opération de Kehr avec cholécystectomie sous-séreuse. — Guérison complète en vingt-neuf jours (Tixier).

Antécédents. — Femme, cinquante-deux ans. Opérée en ville le 10 juillet 1908, sortie de la clinique le 8 août 1908. Femme vigoureuse de la campagne n'ayant aucun passé pathologique sérieux. Depuis de nombreuses années cependant elle présente des troubles digestifs variés : lenteur de la digestion, pyrosis, constipation.

Jamais elle n'a présenté de coliques hépatiques vraies,

elle a souffert de douleurs fréquentes au niveau du foie avec lancées douloureuses dans l'épaule droite. De temps à autre les yeux auraient été un peu jaunes. Depuis trois ou quatre mois, exagération de tous les symptômes. Température le soir entre 38° 5 et 39 degrés. Légers frissons. Diarrhée et selles décolorées par intermittences. La malade est soignée par le Dr Burdet qui propose une intervention.

Le 7 juillet, la malade est conduite à Lyon.

La situation est grave : teint cachectique avec subictère. Gros foie très perceptible avec douleur vésiculaire. Pigments biliaires très abondants.

Décoloration partielle des fèces.

Langue sèche.

Diagnostic. — Ancienne lithiase. Cholécystite suppurée. Angiocholite. Calculs probables du cholédoque. Une opération de Kehr est proposée.

Intervention le 10 juillet 1908. — M. Tixier assisté de MM. Bertrand et Papadopoulos ses internes, pratique sur la malade l'incision en baïonnette de Kehr.

La vésicule présente des adhérences lâches avec les organes voisins : ceux-ci sont facilement libérés.

Des compresses sont soigneusement disposées dans la région sous-hépatique.

Incision en raquette du péritoine vésiculaire suivant la technique spéciale de M. Tixier : un excellent plan de clivage est trouvé ; la vésicule du volume d'une petite poire allongée est ponctionnée ; elle contient de la bile épaisse muco-purulente et de la boue biliaire.

Incision du cystique, de l'hépatique et du cholédoque : dans celui-ci existe une boue biliaire épaisse qui est retirée à la curette. Pas de calculs formant obstruction. Un stylet pénètre aisément dans le cholédoque jusqu'à l'intestin. Par un drain une chasse soigneuse à l'aide d'eau bouillie dans le cholédoque.

Un drain est placé dans l'hépatique.

La vésicule est enlevée, tout en conservant les lambeaux

péritonéaux qui se continuent en haut et en bas avec le péritoine recouvrant l'hépatique et le cholédoque.

On enlève progressivement les compresses du tamponnement sous-hépatique et les deux feuillets péritonéaux vésiculaires étant soudés par un surjet séro-séreux on les fixe au péritoine pariétal, au niveau du bord droit du grand droit. Tout le reste de l'incision en baïonnette est soigneusement suturé; le drain de l'hépatique sort par le tunnel séro-hépatique de la cholécystectomie sous-séreuse.

Suites opératoires. — Le siphonage a parfaitement réussi; il s'est écoulé une grande quantité de bile épaisse et noirâtre.

13 juillet. — Alors que le ventre est souple et non dangereux, la température monte à 39°5. La malade se plaint de trismus. Les deux parotides sont douloureuses.

15 juillet. — Parotidites énormes suppurées donnant de la température et un état général mauvais.

Rien du côté du ventre. Le drain hépatique fonctionne très bien.

Spontanément les parotidites s'ouvrent à droite puis à gauche. Ecoulement de pus abondant. Chute de la température.

24 juillet. — Ablation du drain de l'hépatique. La bile est claire et limpide.

31 juillet. — Fermeture spontanée de la fistule biliaire et par le fait même de la plaie opératoire qui était réduite à une pièce de 50 centimes.

La malade se lève.

8 août. — M^{me} G... rentre chez elle.

Suites éloignées. — Les nouvelles de la malade au 15 septembre étaient excellentes. Elle vaquait à ses occupations et avait notablement engraisée.

OBSERVATION V

Cholécystite calculuse. — Grosse vésicule contenant de nombreux calculs. — Kehr et cholécystectomie sous-séreuse. — Guérison (Tixier.)

Femme, âgée de cinquante-huit ans. Entre à l'hôpital le 14 août 1908. Opérée le 18 août 1908. Sorti le 20 septembre 1908.

Antécédents. — Ne présente rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Personne dans sa famille n'a eu de coliques hépatiques. Elle n'a jamais fait de maladies graves, mais à séjourné en Algérie (Province d'Oran) pendant treize ans. Elle est revenue il y a sept ans. Pendant son séjour en Algérie, elle eut des accès de fièvre paludéenne qui n'ont jamais reparu depuis son retour en France.

La malade fait remonter la maladie actuelle à une dizaine d'années au moment où elle était atteinte de fièvres paludéennes. Elle prétend qu'à ce moment, elle avait des digestions difficiles et une sensation de barre épigastrique.

Ces phénomènes se sont prolongés jusqu'à maintenant sous forme de crises douloureuses très légères survenant pendant la digestion. La douleur siège à l'hypocondre droit et s'irradie à l'épigastre. Parfois, elle remonte de chaque côté du thorax, un peu en arrière vers les épaules.

Il y a sept ou huit ans, la malade a remarqué dans la partie supérieure de son hypocondre droit la présence d'une tuméfaction descendant presque jusqu'à l'ombilic; au moment des crises douloureuses, cette tuméfaction augmentait de volume, puis diminuait un peu les jours suivants. Depuis ces huit dernières années, la tuméfaction a diminué.

La malade n'a jamais eu de coliques hépatiques, ni d'ictère. Jamais elle n'a vomi. De temps en temps, elle a de la diarrhée.

Actuellement, on note au foie de l'hépatoptose. La matité hépatique remonte à un travers de doigt au-dessus du rebord costal. On sent très nettement le bord tranchant du foie à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Grosse vésicule : au-dessus du bord tranchant, tuméfaction arrondie de la grosseur du poing atteignant l'ombilic. Non douloureuse actuellement, la tuméfaction vésiculaire n'est pas nettement isolée du bord tranchant. Elle semble ne faire qu'un avec lui. Elle n'est pas lisse.

La malade n'a jamais présenté d'urticaire.

A noter de la ptose abdominale.

18 août 1908. — *Intervention.* — M. Tixier pratique l'incision en baïonnette de Kehr. Le foie est abaissé. Sur la face antéro-supérieure du foie (lobe droit), on trouve une masse entourée par des adhérences contenant du pus.

La vésicule est grosse ; elle contient de nombreux calculs (6 à 7 gros, 5 ou 6 petits). Elle est située au-dessous de la collection purulente.

La cholécystectomie sous-séreuse est pratiquée suivant la technique de M. Tixier. Puis cathétérisme du cholédoque qui est libre. Le drainage du cholédoque est fait à l'aide d'une sonde en gomme petite. On place deux mèches en raison de la production d'une petite hémorragie en nappe du foie.

Suite opératoire : 25 août. — La mèche supérieure est enlevée.

26 août. — Pansement.

28 août. — Ablation du drain. L'état de la malade est satisfaisant. La température baisse dès le 30 août et jusqu'au départ de la malade n'atteint plus 38 degrés.

5 septembre. — Ablation de la seconde mèche.

16 septembre. — Arrêt de l'écoulement de la bile.

20 septembre. — La malade quitte l'hôpital.

Suites éloignées. — Nous apprenons que dans la nuit du 6 octobre il se serait fait un petit écoulement de bile par

l'angle inférieur de la plaie. Ce petit trajet fistuleux s'est d'ailleurs heureusement refermé, puisque à la date du 15 novembre, la malade nous écrit que l'écoulement a cessé depuis trois semaines et que la fistule s'est refermée.

OBSERVATION VI

Cholécystite calculeuse. — Kehr modifiée par la sous-séreuse habituelle. — Guérison (Tixier).

Femme, quarante-neuf ans. Entrée à l'hôpital le 31 août 1908. Opérée le 2 septembre 1908. Sortie le 30 septembre 1908.

Antécédents. — Pas d'antécédents héréditaires intéressants.

Dans ses antécédents personnels, on peut noter indépendamment de son passé génital (réglée régulièrement. Six enfants vivants et bien portants), une scarlatine à l'âge de trente ans.

Il y a un an environ, elle fut prise d'une violente crise de coliques hépatiques qui aurait duré un jour et aurait été suivie d'un ictère qui aurait disparu quinze jours après.

Il y a environ deux mois, la malade s'aperçut que peu à peu son état général déclinait; c'était une fatigue continue, de l'anorexie, de légères céphalées.

Elle s'amaigrissait progressivement; en même temps, elle ressentait d'assez vives douleurs dans l'hypocondre droit, s'irradiant dans les lombes. Ces douleurs ont à peu près disparu actuellement.

A l'examen, on trouve une malade assez amaigrie, plutôt pâle que jaune, avec des pommettes rouges.

Dans la région de l'hypocondre droit, on sent à deux ou trois travers de doigts, au-dessous des fausses côtes, le bord tranchant du foie avec, dans la région de la vésicule, une encoche au fond de laquelle on perçoit une induration.

Le foie paraît abaissé; il ne présente pas de bosselures. Urines, rien à signaler.

2 septembre 1908. — *Intervention* : Après incision en baïonnette de Kehr, on tombe sur un gros foie congestionné qui semble tout cacher.

Le foie soulevé, on découvre le grand épiploon placé au devant de la vésicule. On fait donc une double sous-séreuse (épiploon, péritoine vésiculaire). On découvre la vésicule, on l'incise; elle est bourrée de calculs petits et arrondis. On trouve cependant deux calculs plus gros; l'un de ces deux répond à l'embouchure du cystique.

Le cathétérisme du cholédoque est effectuée. Le canal est libre et l'on arrive facilement dans le duodénum.

On éprouve plus de difficultés à cathétériser le canal hépatique; on ne découvre pas son embouchure. On le sectionne, il s'écoule de la bile sous tension, on peut alors le cathétériser. Après section de la bride qui l'obstruait, on en fait le drainage.

L'opération s'achève sans aucun incident.

Suites opératoires. — Pendant quatorze jours on ne note aucun écoulement de bile dans le pansement; le quinzième et le seizième jour, quelques gouttes, puis plus rien les jours suivants.

La température est toujours restée au-dessous de 38 degrés, sauf au troisième jour de son opération où elle a atteint un soir 38°3.

30 septembre 1908. — La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Suites éloignées de l'opération. — La malade nous écrit que sa plaie est complètement cicatrisée. Son appétit est revenu, les digestions sont bonnes et depuis son retour elle a engraisé de 3 kilogrammes. Elle n'accuse ni vomissements, ni constipation.

Elle travaille très peu et ses forces reviennent, mais lentement.

Un peu de gêne respiratoire et une légère enflure du ventre.

La malade est très satisfaite de l'opération qui lui a été faite.

CONCLUSIONS

I. La cholécystectomie sous séreuse a fait ses preuves en chirurgie biliaire générale.

II. Elle est presque toujours possible quand on possède bien les détails de technique suivants :

Incision en raquette dont la boucle embrassera la vésicule à l'union de son tiers antérieur avec son tiers moyen et dont la queue se prolongera plus ou moins loin vers le col. Puis fixation du péritoine pariétal et constitution de l'entonnoir séro-hépatique par lequel passera le drain.

III. Dans l'opération de Kehr les conditions anatomiques, vésicule souvent épaissie, ratatinée, péritoine enflammé, épaissi permettent presque toujours l'exécution de cette technique.

IV. La cholécystectomie sous-séreuse dans l'opération de Kehr présente des avantages indiscutables :

a) Elle diminue les dangers opératoires en réduisant au minimum les risques de péritonite.

b) Elle supprime le Mikulicz et ses inconvénients :

douleurs au moment de l'enlèvement des tampons, dangers de fistules stercorales, suppuration et ne laisse qu'une ouverture de quatre ou cinq centimètres pour l'abouchement du tunnel séro-hépatique.

c) Elle réduit la durée du traitement.

d) Elle restreint les dangers d'éventration ultérieure.

V. En cas d'infection grave et profonde des voies biliaires et du parenchyme hépatique la cholécystectomie sous-séreuse cèdera le pas à l'opération de Kehr.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
M. POLOSSON.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 novembre 1908.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER, Deux cas de cholécystectomie sous-séreuse. Société de chirurgie de Lyon (*Lyon médical*, 1907).
- ARROU, Drainage des voies biliaires (*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1904, n° 21).
- BAZY, Drainage des voies biliaires dans la rétention biliaire calculeuse ou non calculeuse (*Société de chirurgie de Paris*, 1907).
- BÉRARD, Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse. Société de chirurgie de Lyon (*Lyon médical*, 1903).
- Discussion sur l'opération de Kehr. Société de chirurgie de Lyon (*Lyon médical*, 1907).
- BERGER, Die Hepaticus-drainage (*Langenbecks Archiv.*, 1903, Bd. LXIX, H. 1 u. 2).
- BERNARD Indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire (*Gazette médicale de Picardie*, 1900, p. 67).
- Les Indications thérapeutiques de la conception nouvelle de la cholélithiase (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1906).
- DE BEULE, Cholécystectomie et drainage de l'hépatique (*Bull. Acad. méd. Belgique*, 1907).
- BOUCHUT, Appendicectomie et cholécystectomie. Société de chirurgie de Lyon (*Lyon médical*, 1906).
- BOUVIER, *Drainage de l'hépatique* (thèse de Paris, 1905).
- BRENAN, *Etude critique du drainage à la Mikulicz. Avantages et inconvénients. Moyens de remédier à ces derniers* (thèse de Lyon, 1894).
- BUFFÉ, *Cholécystectomie sous-séreuse* (thèse de Lyon, 1907).
- CALOT, *de la Cholécystectomie* (thèse de Paris, 1890-1891).
- CLAUDOT, Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse. Société de chirurgie de Lyon (*Lyon médical*, 1903).

- CLÉMENT (Gustave), *Contribution à l'étude de la chirurgie des voies biliaires* (thèse de Lausanne, 1904).
- COLLEYE, *de la Mobilisation des fascias d'accolement en chirurgie abdominale* (thèse de Lyon, 1907-1908, n° 63).
- CONDAMIN, du Drainage à la Mikulicz. Avantages et inconvénients (*Province médicale*, décembre 1893 et janvier 1894).
- COTTE (Gaston), *Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications* (thèse de Lyon, 1907-1908).
- Technique opératoire de la cholécystectomie sous-séreuse (*Lyon chirurgical*, 1^{er} novembre 1908).
- DEAVER, Hepatic drainage in infections of the biliary tracts (*British medical Journal*, 1904, n° 2283, p. 821 ; *New-York medical Journal*, 1904, p. 147).
- DELAGENIÈRE, Technique générale des opérations faites sur les voies biliaires pour lithiase (*Revue de chirurgie abdominale et de gynécologie*, 1899).
- Chirurgie du canal hépatique (*Id.*, 1904 ; *Archives prov. d'Angers*, 20 mai 1904).
- Drainage de l'hépatique (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1904, n° 26, p. 748).
- Chirurgie du cholédoque et de l'hépatique (Rapport au XXI^e Congrès français de chirurgie de Paris, 1908).
- DOYEN, Ablation sous-séreuse de la vésicule biliaire (*Congrès de chirurgie de Paris*, 1899).
- Ablation sous-séreuse de la vésicule biliaire (*Revue pratique de médecine et de chirurgie*, 1899).
- DURAND, Trois cas de cholécystectomie sous-séreuse. Société de chirurgie de Lyon (*Lyon médical*, 1905).
- Un cas d'opération de Kehr (*Lyon médical*, 1907).
- DUSSEY, *de la Péritionisation comme traitement préventif de quelques accidents consécutifs aux opérations intra-abdominales* (thèse de Lyon, 1900-1901).
- END, *Die drainage des Choledochus* (Inaug. Dissert., Freiburg, 1902).
- FAURE, Maladies du foie : article Affections des voies biliaires (*Traité Le Dentu et Delbet*).
- FRANÇAIS, *Etude clinique et traitement de la lithiase du cholédoque* (thèse de Paris, 1906).
- FULCRAND, *des Compressions porte consécutives aux opérations sous-hépatiques* (thèse de Lyon, 1904-1905).
- GOUILLOU, Deux cas de cholécystectomie sous-séreuse. Société de chirurgie de Lyon (*Lyon médical*, 1904).

- GOUILLOU, Un cas de cholécystectomie sous-séreuse. Société de chirurgie de Lyon (*Lyon médical*, 1905).
- GUENIOT (Paul), *Etude sur la lithiase vésiculaire. Ses formes anatomiques envisagées au point de vue chirurgical* (thèse de Paris, 1903).
- GUÉNOT, *le Drainage temporaire des voies biliaires* (thèse de Paris, 1905).
- GOSSET, Chirurgie du canal cholédoque et du canal hépatique (*Rapport au XXI^e Congrès français de chirurgie*, Paris, 1908).
- HAASLER, Ueber Cholecystectomie (*Arch. f. klin. Chirurg.*, 1907).
- HARTMANN, Drainage des voies biliaires (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1905).
- Chirurgie des voies biliaires (*Société de chirurgie de Paris*, 1907).
- JUDE, *Péritonisation dans la laparotomie* (thèse de Paris, 1901-1902).
- KEHR, *Handbuch der Prakt. Chirurg.*, 1903.
- *Die in meiner Klinik geübte Technik der Gallensteinoperationen mit einem Hinweis auf die Indicationen und die Dauererfolge*, München, 1905 livre traduit par M. le médecin aide-major Fourcade).
- Ein Rückblick auf 720 Gallenstein laparotomien unter besonderer Berücksichtigung von 90 Hepaticus-drainagen (*Munch. med. Woch.*, 1902, n^o 41, 42, 43).
- Die Cholelithiasis (*Centralblatt. f. Chir.*, 1904, p. 185).
- *Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*, München, 1906.
- Gallensteine (*Rapport au II^e Congrès de la Société internationale de chirurgie*, Bruxelles, 1908).
- KUKULA, Über die chirurg. Therapie der Cholelithiasis (*Wien. klin. Rundschau*, 1907).
- LAMM, *Zur Hepaticus drainage* (Inaug. Dissert., Freiburg, 1900).
- LANGENBUCH, Chirurgie der Leber und Gallenblase, Stuttgart, 1897 (*Deutsche chirurg. Leifg.* 456, 2 Hälfte).
- Coup d'œil sur le développement historique de la chirurgie de l'appareil biliaire (*Berlin. klin. Woch.*, juin 1896).
- LEJARS, Cholécystectomie dans la lithiase biliaire (*Bulletin médical*, 24 décembre 1895).

- LEJARS, Valeur et indication de l'intervention chirurgicale dans la lithiase (*Semaine médicale*, 1902).
- Indications de la cholécystostomie et de la cholécystectomie dans la lithiase biliaire (*Revue de chirurgie*, 1896, p. 645).
 - Résultats immédiats et éloignés de l'intervention dans les cholécystites calculeuses (*Congrès de chirurgie*, 1899, p. 436).
 - Chirurgie des voies biliaires (*Société de chirurgie de Paris*, 1907).
 - La question médico-chirurgicale de la lithiase biliaire. II^e Congrès de la Société internationale de chirurgie (*Semaine médicale*, 7 octobre 1908).
- LINOSSIER, Indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase (*Société médicale des hôpitaux*, Paris, 1906).
- MAUCLAIRE, Drainage du canal hépatique pour lithiase du cholédoque (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, séance du 23 octobre 1907).
- MICHAUD, de la Cholécystectomie (*Congrès de chirurgie de Paris*, 1893).
- Chirurgie du cholédoque (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1900).
- MIKULICZ, Ueber die Ausschaltung todter Raume aus der Peritonealhohle mit mesonderer Rücksicht auf die Exstirpation der aus Becken hohle ausgehenden Geschwülste (*Verhandl. der deutsch. Gesellschaft f. Chir.* Berlin, 1886).
- MILHET, de la Cholécystectomie dans la lithiase miliaire (thèse de Paris, 1901-1902).
- De la Cholécystectomie (*Gazette des hôpitaux*, 1902).
- MIGNON, Infection hépatique grave et drainage des voies biliaires (*Bull. Soc. chirurg.*, 1904, p. 553 et 694).
- MOYNIHAN, Cholecystectomy (*Lancet*, 1904, p. 1150).
- The operation of cholecystectomy with a record of cases (*British med. Journ.*, 1903, t. I, p. 180).
- NAUYN, Traitement de la lithiase biliaire (*Congrès international de Paris*, 1900).
- PANTALONI, *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, Paris, 1899, Institut de Bibliographie.
- PAUCHET, *Chirurgie des voies biliaires*, Paris, 1900.
- PAULIDÈS, *Contribution à la chirurgie des calculs du canal cholédoque* (thèse de Lyon, 1898).

- PICQUÉ, Drainage des voies biliaires (*Société de chirurgie de Paris*, 1907, 30 juillet).
- POIRIER, *Traité d'anatomie*.
- RICHARDSON, Cholecystectomy and cholecystostomy (*Boston med. and Surgic. Journal*, 1904).
- ROYER, *Intervention chirurgicale dans la lithiase vésiculaire* (thèse de Paris, 1902).
- ROBSON (J.-W. Mayo), *Diseases of the galle-blader and bile ducts*, London, 1904.
- Surgical treatment of obstruction in the commonbile duct by concretion (*Lancet*, 1902).
 - Surgery of the Gallblader (*British med. Journal*, 1906).
 - *On the indications and contraindications for the removal of the Gallblader*, London, 1906.
- ROYER (François), *Du moment et du choix de l'intervention opératoire dans la lithiase du cholédoque* (thèse de Paris, 1902).
- SIBILLE (René), *Résultats éloignés des principales opérations sur les voies biliaires* (thèse de Paris, 1904).
- SOULIGOUX, Drainage des voies biliaires (*Société de chirurgie de Paris*, 1907).
- TERRIER, Opérations chirurgicales sur les voies biliaires (*VI^e Congrès de chirurgie*, 1892, p. 121).
- Quelques résultats immédiats et éloignés d'opérations pratiquées sur les voies biliaires (*Revue de chirurgie*, 1892, p. 552).
 - Drainage des voies biliaires (*Société de chirurgie*, 1905-1906).
- TESTUT et JACOB, *Traité d'anatomie topographique*.
- THIRIAR, de la Cholécystectomie et du drainage du canal hépatique (*Semaine médicale*, 1907).
- TIXIER, Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse. Société de chirurgie de Lyon (*Lyon médical*, 1903).
- Un cas de cholécystectomie sous-séreuse. Société de chirurgie de Lyon (*Lyon médical*, 1904).
 - Technique de la cholécystectomie sous-séreuse. Société de chirurgie de Lyon (*Lyon médical*, 1904).
 - Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse. Société de chirurgie de Lyon (*Lyon médical*, 1904).
- Communication au Congrès de chirurgie de Paris, 1908.
- Voir Adler.
 - Voir Bouchut.

- TUFFIER, A propos de la lithiase biliaire (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1903, p. 741).
- VILLARD, Pronostic et traitement des fistules biliaires opératoires (Société de chirurgie de Lyon, *Lyon médical*, 1902).
- Un cas de cholécystectomie sous-séreuse (Société de chirurgie de Lyon, *Lyon médical*, 1903).
 - Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse (Société de chirurgie de Lyon, *Lyon médical*, 1903).
 - Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse (Société de chirurgie de Lyon, *Lyon médical*, 1904).
 - Constipation dans les inflammations du péritoine (*Lyon médical*, 1906).
- VINCENT, Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse (Société de chirurgie de Lyon, *Lyon médical*, 1903).
- Discussion sur la cholécystectomie sous-séreuse (Société de chirurgie de Lyon, *Lyon médical*, 1904).
 - Sur la cholécystectomie sous-séreuse (*Lyon médical*, 1904).
- WIART, *Recherches sur l'anatomie topographique et les voies d'accès du cholédoque* (thèse de Paris, 1899).
- WITZEL, *Niederrheinischen Gesellschaft für Natur und Heilkunde*, 1904.
- Ablation sous-séreuse de la vésicule biliaire (*Centralblatt f. Chir.*, 1906).
- ZELLER, Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege (*Berlin. klin. Woch.*, 1902, n° 35, p. 822).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION:	9
CHAPITRE PREMIER. — Aperçu général sur l'opération de Kehr	11
CHAPITRE II. — Quelques inconvénients de l'opération de Kehr:	19
CHAPITRE III. — Les avantages de la cholécystectomie dans l'opération de Kehr	26
CHAPITRE IV. — Technique opératoire	34
CHAPITRE V. — Observations	42
CONCLUSIONS :	59
BIBLIOGRAPHIE	61

